



CIRCULAR NORMATIVA

Assunto: Rectificação - Circular Normativa nº. 1 /DGCG de 9.03.99 - Avaliação de Qualidade da Prestação de Cuidados de Saúde ao Diabético - *DiabCare*

Nº: 4/DGCG

Para: Serviços Públicos Prestadores de Cuidados de Saúde

Data: 1/04/99

Contacto na D.G.S.: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas – Drª Rosa Gallego

Foi publicada com inexactidão a página nº. 4 da Circular Normativa nº.1 /DGCG de 9.03.99, pelo que se deve proceder à sua substituição pela versão em anexo.

O Director-Geral

Constantino Sakellarides, Prof. Doutor

Índice de Massa Corporal (IMC)

$\frac{\text{nº de diabéticos a quem foi avaliada a altura e o peso}}{\text{nº total de diabéticos identificados}} \times 100$
--

Hábitos Tabágicos

$\frac{\text{nº de diabéticos a quem foi avaliado o consumo diário de cigarros}}{\text{nº total de diabéticos identificados}} \times 100$

$\frac{\text{nº de diabéticos fumadores de 5 ou mais cigarros/dia}}{\text{nº de diabéticos a quem foi avaliado o consumo diário de cigarros}} \times 100$

Controlo Metabólico

$\frac{\text{nº de diabéticos a quem foi avaliada a hemoglobina glicosilada}}{\text{nº total de diabéticos identificados}} \times 100$
--

$\frac{\text{nº de diabéticos com HbA1c > média +4 SD}}{\text{nº de diabéticos a quem foi avaliada a HbA1c}} \times 100$
--

Hipertensão Arterial

$\frac{\text{nº de diabéticos com TA } \geq 140/90 \text{ mmHg nos últimos 12M}}{\text{nº de diabéticos a quem foi avaliada a TA nos últimos 12M}} \times 100$
--

Obesidade

$\frac{\text{nº de diabéticos com IMC > ao normal}}{\text{nº de diabéticos a quem foi avaliado IMC}} \times 100$
--

Doença Vascular

$\frac{\text{nº de diabéticos com exame dos pés}}{\text{nº de diabéticos identificados}} \times 100$
--

2. de Resultado Intermédio

Fotocoagulação

$\frac{\text{nº diabéticos com ret. prol. e/ou maculopatia e sob fotocoagulação nos últimos 12 M}}{\text{n.º total de diabéticos observados aos olhos e com Ret. Prolif. e/ou maculopatia}} \times 100$



Ministério da Saúde

DIABCARE

Folha de Informação Básica



Nome Completo _____

Dados de Identificação Básica

N.º Utente: _____	Início: _____	Dia: _____	Mês: _____	Ano: _____	Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
apoi. nome: _____		Data Nascimento: _____			
Tipo 1: <input type="radio"/>	Tipo 2: <input type="radio"/>	Outro: <input type="radio"/>	Diabetes desde: _____	A.O. desde: _____	Insulina desde: _____

Motivo de Consulta

ou: Consulta <input type="radio"/>	Falecido <input type="radio"/>	Diabetes como causa directa: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Data: _____
Admissão <input type="radio"/>	Obs.: _____		

Gravidez

terminada nos últimos 12 meses: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Normal: <input type="radio"/>	Aborto: <input type="radio"/>	Malformações maior: <input type="radio"/>	Morte perinatal: <input type="radio"/>
---	-------------------------------	-------------------------------	---	--

Hábitos de Risco de risco actual

Fumador: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Se Sim: cig./dia: _____	Alcool: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Se Sim: unid.: _____
--	-------------------------	---	----------------------

Auto-Vigilância

Auto-vigilância: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Glicémia capilar/sem.: _____	Glicosúria/sem.: _____
--	------------------------------	------------------------

Educação/Assoc. Diabéticos

Alimentação saudável: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Cuidados com os pés: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Complicações: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Auto-vigilância: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Hipoglicémia: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Auto-controlo: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Membro de uma assoc. diabéticos: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	

Dados mais recentes dos últimos 12 meses

Peso: _____ kg	Pressão arterial: _____ / _____ mmHg	Colestero: _____
Altura: _____ cm	Glic.: _____	HDL-COL: _____
	HbA1c: _____ %	Triglicéidos: _____
	HbA1c: _____ %	Jejum: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
	Creatinina: _____	
	Microalbum.: _____	
	Proteinúria: _____	

OBJECTIVOS S. VINCENT

Cirurgia: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Se sim: quando nos últ. 12 m.: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Insufic. renal terminal: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Se sim: quando nos últ. 12 m.: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
EM/Bypass/Angiopl.: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Se sim: quando nos últ. 12 m.: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Amp. MI acima/tornozelo: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Se sim: quando nos últ. 12 m.: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Acidente vascul. cerebral: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Se sim: quando nos últ. 12 m.: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Amp. MI abaixo/tornozelo: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Se sim: quando nos últ. 12 m.: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N

Sintomas nos últimos 12 meses

Hipotensão postural: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Neuropatia periférica: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Angina de peito: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Claudicação interm.: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
--	--	--	--

Observações

OLHOS	Observação nos últ. 12 m.	S	N	PÉS	Observação nos últ. 12 m.	S	N
	E	D		E	D		
Fotofobia nos últ. 12 meses	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N		Sensorialidade vibratória normal	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	
Catarata	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N		Sensibilidade dolorosa normal	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	
Retina visualizada	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N		Pulsos pedáneos	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	
Se sim: Maculopatia	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N		Úlcera cicatrizada	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	
Retinopatia	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N		Úlcera activa/gangrena	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	
Se Rp.: Rp. não proliferativa	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N		Bypass/angioplastia	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	
Rp. préproliferativa	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N					
Rp. proliferativa	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N					
Doença ocular avançada	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N					
Acuidade visual: E: _____							
	D: _____						

Qualidade de Vida/emergências

Hipoglicémia (lt./ano): _____	Hiperglicémia (lt./ano): _____	Dias de baixa (anos): _____	Dias de hospital (anos): _____
-------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	--------------------------------

Terapêutica Actual

Biguanidas: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Insulina: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	N.º injeções insulina/dia: _____
Sulfonilureias: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Insulina: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Bomba-insulina: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Inibidores da glicosidase: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Insulina: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Outro tratamento: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N

Terapêutica Associada

Hipertensão: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Insufic. cardíaca: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	D. isq. coron.: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Dislipidémia: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Nefropatia: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Neuropatia: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Outra: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
--	--	---	---	---	---	--

Código Instituição: _____	Médico Responsável (Nome Legível) ou Cédula: _____	Data: (dd/mm/aaaa) _____
---------------------------	--	--------------------------